Lane Medical Library

Ueber

Beckentumoren als Complication von Geburten.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 4. August 1869

VON

Richard Moeller,
aus Diersfordt in der Rheinprovinz.

OPPONENTEN:
Paul Grützner, Dr. med.
Emil Hattwich, Dd. med.
Paul Lücker, Cand. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).

Seinem lieben Onkel

Julius Moeller,

Dr. med., prakt. Arzt etc.

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberbeckentumor0000rich

Meinem verehrten Lehrer, dem Herrn Geh.-Rath E. MARTIN, der mir bereitwilligst das Material zu vorliegender Arbeit übergab, sowie dem Herrn Dr. med. FASBENDER, der mir bei Ausarbeitung desselben behülflich war, sage ich hiermit meinen besten Dank.

Richard Moeller.

Im Laufe des Jahres 1868 sind zwei Fälle von Ovarial-Tumoren als Complicationen bei Geburten in der hiesigen geburtshülflichen Klinik und im Jahre 1869 ein dritter Beckentumor in der geburtshülflichen Poliklinik beobachtet worden. Die drei Fälle verdienen wohl neben einander gestellt und veröffentlicht zu werden.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 28 Jahr alte Erstgebärende, H. O., Schneiderin aus Kaukehmen. Am 17. Januar 1868 kam sie in die hiesige geburtshülfliche Klinik. Anamnestisch gab sie Folgendes an: Die Mutter lebt noch und ist vollkommen gesund, dreimal hat sie leicht geboren. H. O. selbst will als Kind an Krämpfen gelitten haben. Rachitis oder Scrophulose sind nicht nachzuweisen. Mit ihrem 22sten Jahre wurde sie zum ersten Mal menstruirt. Die Menses waren Anfangs, etwa ein Jahr lang, unregelmässig, später regelmässig alle vier Wochen, sie hielten meist zwei Tage an, waren schwach und von Schmerzen nicht begleitet. Ausserdem giebt H. O. an, dass sie in ihrer Jugend wiederholt an Intermittens gelitten habe. Seit 7 Jahren, also ein Jahr vor Eintritt der ersten Regel, spürt sie eine Geschwulst im Leibe, die allmählich bis vor zwei Jahren gewachsen sein, dann aber nicht mehr zugenommen haben soll. Zur Zeit, als sie die Geschwulst zuerst bemerkte, hatte sie einen Tag lang

heftige Leib- und Kreuzschmerzen, die sich nach acht Tagen noch einmal wiederholten. Seit dieser Zeit hat sie keine Schmerzen mehr im Leibe gehabt. Die letzte Regel hatte sie in den ersten Tagen des April, auf die ersten Kindsbewegungen hat sie nicht geachtet. Während der Schwangerschaft litt sie Anfangs an gastrischen Beschwerden, später war sie vollkommen gesund.

Nachdem die Schwangere schon im Laufe des Nachmittags des 16. Januar zuweilen Ziehen im Kreuz und im Leibe verspürt hatte, bekam sie am 17. Morgens $^1/_2$ 1 Uhr kräftige Wehen.

Sie kam um 1 Uhr auf das Geburtsbett, zu welcher Zeit der Muttermund bis zur Grösse eines Fünfsilbergroschenstücks eröffnet gefunden wurde. Das Wasser war bereits abgeflossen, der Kopf lag vor. Um $5^1/_4$ Uhr war unter kräftigen Wehen der Muttermund vollständig erweitert, Kopf in zweiter Schädellage vorliegend. Herztöne wurden 144 in der Minute gezählt. Kleine Theile waren nicht durchzufühlen. Im linken Hypochondrium befand sich eine vom Uterus durch eine scharfe Furche abgegrenzte ovale Geschwulst, deren längster Durchmesser von oben und rechts nach unten und links verlief. Der Leibesumfang betrug nach dem Wasserabfluss 102 Cm. Um 6 Uhr Morgens erfolgte in 2. Schädellage die Geburt eines lebenden Mädchens.

Das Kind wog 2910 Grm.; seine Länge betrug vom Kopf bis zu den Füssen 50 Cm., vom Kopf zum Steiss 34 Cm.; die Schulterbreite war 10,6 Cm. und die der Trochanteren 9,6. Die Durchmesser des Kopfes waren folgende: der vordere quere 7,6 Cm., der hintere

quere 9 Cm., der gerade 11 Cm., der grosse schräge 13,5 Cm., der kleine schräge 9,5 Cm. Umfang 34,5 Cm. Die Nachgeburt wurde durch leichten Druck von Aussen entfernt. Ihr Gewicht betrug 600 Grm. Die Länge der Nabelschnur war 64 Cm., ihre Insertion vom Rande $5\frac{1}{2}$ und 10 Cm. Chorion und Amnion waren zum Theil verklebt, der Eihautriss war 27 und 11 Cm. vom Rande. Am Abend nach der Geburt war der Leib nicht schmerzhaft. Urin konnte ohne Beschwerde entleert werden.

18. Januar Morgens. Die Geschwulst füllt das ganze linke Hypochondrium aus und greift nach rechts hin 10 Cm. über die Mittellinie über, den Nabel überragt sie um 8 Cm. Der längste Durchmesser derselben, ziemlich quer verlaufend, beträgt 23 Cm., der Leibesumfang 91 Cm. Die Geschwulst ist hart, zeigt eine unebene Oberfläche, keine Fluctuation und ist wenig verschiebbar. Von der Leberdämpfung ist sie deutlich abgegrenzt, nicht von der Milzdämpfung. Auch nach dem Becken hin lässt sich die Geschwulst abgrenzen, ja man glaubt sogar durch die Percussion nachweisen zu können, dass sie aus dem Becken nicht aufsteige. Da nun die Wöchnerin aus einer sumpfigen Gegend stammt, in welcher vielfach Intermittens beobachtet worden ist, da die Patientin selbst auch als Kind an Wechselfieber gelitten haben will, da ferner die mikroskopische Untersuchung des Blutes eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen ergiebt (etwa 1:120), so wird die Geschwulst für einen Milztumor erklärt. Es werden daher Chininpillen ordinirt. Puls 88. Temp. 37,8. Abends. Puls 92. Temp. 38,0. Schmerzen im Leibe sind nicht eingetreten.

19. Januar. Bis heute hatte sich die Wöchnerin wohl befunden. Im Laufe des Tages trat ein Schüttelfrost ein. Abends war der Puls 96. Temp. 38,6. Der Leib ist schmerzhaft, es werden deshalb Wasserumschläge verordnet und die Chininpillen fortgebraucht. Ausserdem werden Einspritzungen mit Leinsamenthee und Bleiwasser gemacht.

20. Januar. Morgens. Puls 92. Temp. 37,7. Die Wöchnerin hat gut geschlafen. Die Behandlung bleibt dieselbe. Da bis heute kein Stuhlgang erfolgt ist, wird ein Klysma verordnet.

Abends. Puls 140. Temp. 41,5. Die Wöchnerin ist in Folge eines Schreckens sehr aufgeregt. Sie bekommt ein Infusum digitalis mit Natron nitricum. Stuhlausleerung ist mehrmals erfolgt.

21. Januar. Morgens. Puls 111. Temp. 39,2. Befinden besser.

Abends. Puls 110. Temp. 38,7.

22. Januar. Morgens. Puls 100. Temp. 38,7. Stuhlausleerung vorhanden. Chininpillen und Wasserumschläge werden fortgesetzt.

Abends. Puls 120. Temp. 40,2.

23. Januar. Morgens. Puls 128. Temp. 40,5. Leib bei Berührung ziemlich schmerzhaft. Die Wöchnerin klagt über vielen Durst. Einspritzungen und Wasserumschläge werden beibehalten.

Abends. Puls 120. Temp. 40,2.

24. Januar. Morgens. Puls 116. Temp. 39,3.

Abends. Puls 120. Temp. 41,3. Chininpillen werden weiter gebraucht.

25. Januar. Morgens. Puls 124. Temp. 39,5. Der

Leib ist immer noch empfindlich; ein Bronchialcatarrh ist hinzugekommen. Die Chininpillen werden ausgesetzt. Im Uebrigen bleibt die Behandlung dieselbe.

Abends. Puls 132. Temp. 39,7. Leib ist sehr empfindlich. Wegen des quälenden Hustens wird ein Pulver von Ipecacuanha mit Morphium und Extractum Hyoscyami verordnet.

26. Januar. Morgens. Puls 136. Temp. 39,6. Die Schmerzen im Leibe haben nachgelassen. Nach ihrer eignen Angabe hat die Wöchnerin gut geschlafen, nach Angabe der Wärterin dagegen ist die Kranke sehr unruhig gewesen und hat in der Nacht aus dem Bette aufstehen wollen. Innerlich bekommt sie Ammonium muriaticum mit succus Liquiritiae und dabei Acidum muriaticum mit Syrupus Rhoeados dem Getränke zuzusetzen.

27. Januar. Die Kranke wird in die Charité verlegt.

In der Charité erfolgte am 30. Januar Exitus lethalis.

Am 31. Januar wurde die Obduction gemacht, die Folgendes ergab:

Die Haut ist dunkel gefärbt, etwas in's Gelbe spielend. Das Abdomen ziemlich stark ausgedehnt. In der Haut desselben bemerkt man in der Regio epigastrica sehr breite Striae. Das Unterhautfettgewebe ist überall trocken, hellgelb. Die Muskeln sind gleichfalls trocken und von dunkler Farbe. Beide Mammae sind klein und platt und haben einen dunkelbraunen Warzenhof, ihr Drüsengewebe ist etwas geröthet; die Ductus lactiferi sind mit dunkelgelber, collostrumähnlicher Flüssigkeit gefüllt. Das Herz ist normal, nur

etwas schlaff. Lungen sind gut lufthaltig, mit kleinen, harten, käsigen Knoten in den Spitzen; kleine Bronchiectasieen. Die Schleimhaut des Zungenrückens ist stark abgeplattet, etwas schwielig. Die Milz zeigt eine leichte, frische Schwellung. Die Nieren erscheinen etwas vergrössert, ihre Rindensubstanz ist in geringerem Grade getrübt. Die Leber hat grosse Acini mit braunem Centrum und grauer Peripherie. Die Solitärfollikel des Dünndarms sind leicht geschwellt.

Nach Durchschneidung der vordern Bauchwand fällt ein sehr grosser Tumor in's Auge, der den grössten Theil der Bauch- und Beckenhöhle ausfüllt. Derselbe geht seitlich bis an die linke und hintere Bauchwand heran, indem er beiderseits den Spinae ilium unmittelbar aufliegt. Nach oben hin endet er mit einem nahezu horizontalen Rande, der im Niveau des Rippenbogens liegt, während er in der Mitte vom Processus xiphoideus 5 Zoll entfernt bleibt. Die Leber ist ganz hinter den Rippenbogen rechts verborgen. In der Regio hypogastrica liegt das Colon transversum frei vor, nur bedeckt und umhüllt von dem ziemlich fettreichen und weichen, grossen Netze. Hinter dem Colon transversum versteckt liegen, nach oben gedrängt, die Dünndarmschlingen, besonders auf der linken Seite, indem die Milz durch sie ganz nach hinten geschoben ist. Zwischen der vordern Bauchwand und der vordern Fläche der Därme befinden sich weiche, fibrinös-eitrige Schichten, welche die Theile locker mit einander verkleben. Aehnliche fibrinös-eitrige Verklebungsschichten sind zwischen den tiefen Dünndarmschlingen anzutreffen. Auch findet sich im abhängigen Theil der

Bauchhöhle eine geringe Menge einer gelblich-röthlichen, eitrigen Flüssigkeit. Der Tumor reicht weit in's Becken hinab, neben ihm in der rechten Hälfte des Beckens liegt der Uterus, der reichlich die Grösse einer Mannsfaust hat und von weicher Beschaffenheit ist. Neben dem Uterus, in der rechten Beckenwand versteckt, liegt das rechte Ovarium und die rechte Tube.

Die weitere Präparation zeigt, dass die colossale Geschwulst das veränderte linke Ovarium ist: die Geschwulst ist überall frei und an keiner andern Stelle befestigt, als an ihrer Basis durch das Ligamentum Ovarii, respective breite Mutterband. Die linke Tube läuft über die vordre Fläche in der Nähe des untern Randes hinweg und ist in dem Masse ausgedehnt, dass ihre Länge 11 Zoll beträgt. Dabei ist das Lumen erhalten, auch das Ostium abdominale mit den Fimbrien ist unversehrt. Das Ligamentum latum dieser Seite stellt gewissermassen den Stiel des Ovarial-Tumors dar und ist seinerseits stark elongirt und verbreitert. Die Folge davon ist, dass der Tumor einen Stiel von 4½ Zoll Breite hat, die Länge desselben ist verschieden; am innern rechten Rande der Geschwulst, wo das Ligamentum ovarii den Anfang des Stieles bildet, beträgt die Entfernung vom Tumor bis zum obern Winkel des Uterus 2 Zoll; die Entfernung der Tumorbasis bis zur Insection des Ligamentum latum in die Beckenwand zum horizontalen Schambeinast 4½ Zoll; endlich wird der äusserste Theil des Stieles gebildet durch alte pseudomembranöse Adhäsionen, die von der Basis des Tumor zum S romanum hinübergehen und deren

Länge 2½ Zoll beträgt. Die Oberfläche der Geschwulst ist zwar im Allgemeinen glatt, doch prominiren einzelne, jedoch niedrige Höcker über dem übrigen Niveau. Unter den fibrinösen Lagen bekommt man eine glatte vollständige Kapsel zu Gesicht, in der stark gefüllte Venen verlaufen. Nur an der hintern Fläche der Kapsel inseriren sich einzelne, alte, gefässhaltige, franzenartige Adhäsionen, die jedoch an kein anderes Eingeweide übergehn, sodass dadurch keinerlei Befestigung des Tumor erzeugt wird. Die Gestalt des Tumor ist die eines von vorn nach hinten abgeplatteten Ovoids; der grösste Durchmesser in der horizontalen Beckendimension beträgt 10 Zoll, in der Höhe 8½ Zoll, in der Dicke 5 Zoll. Der Tumor fühlt sich ausserordentlich hart an, insbesondre trifft der Finger auf der vordern und hintern Fläche anf zahlreiche Stellen, die sich ganz knochenhart anfühlen; und ganz unten, wo das Ligamentum ovarii sich inserirt, geht die Geschwulstmasse in einen weichen, rundlichen Körper von der Grösse einer kleinen Pflaume über. Der Tumor ist von so harter Consistenz, dass es beim Durchschneiden mit dem Messer knirscht. Bei dem in der Richtung von oben nach unten geführten Schnitt gelingt es bald nicht mehr, mit dem Messer durchzukommen, sondern man muss mehrfach die Säge zu Hülfe nehmen. Die Schnittfläche des Tumor zeigt dem entsprechend ausgedehnte Abschnitte, die vollständig knöchern aussehn, gerade wie harte Osteophytlagen. Besonders zieht sich ein solcher Bezirk quer durch den Tumor ungefähr in der halben Höhe. Diese knochenartigen Abschnitte sehen stark röthlich aus; die ganze übrige

Schnittfläche hat mehr eine weissliche oder gelblichweisse Färbung, auch diese Theile sind ausserordentlich hart und dick. Ihre Zeichnung ist eine exquisit trabeculöse, indem sich dichte, zahlreiche, feinere und gröbere, balkenartige Faserzüge nach allen Richtungen mit einander verfilzen. Nur am obern Umfange des Tumor ist die Schnittfläche etwas stärker geröthet durch die Anwesenheit zahlreicher, grosser Gefässe. Hier ist auch die Consistenz viel weicher und unter dem Fingerdruck nachgiebig. In dem harten Theil bemerkt man nur vereinzelte, nicht grosse Gefässlumina. An der Basis geht die Geschwulstmasse ziemlich continuirlich über in jenen weichen, pflaumengrossen Körper, der auf seiner Schnittfläche den Habitus von Ovarialgewebe hat, doch ohne Follikel. Das Gewebe des Stieles ist zum Theil oedematös, weiter nach dem Uterus hin ist dasselbe von einer gelben, sulzigen Masse durchtränkt. Die Venen darin sind meist mit dünnflüssigem Blute gefüllt. Besondere Lymphgefässe sind nicht zu erkennen.

Das rechte Ovarium ist ziemlich lang, aber nur dünn und platt. Sein Stroma ist weich und roth gefärbt, es enthält mehrere Corpora nigra und an der vordern Fläche in der Nähe des obern Randes ein etwa erbsengrosses Corpus luteum mit weichem hellgelben Kern. Die Tube dieser Seite hat eine Länge von vier Zoll. Das Ligamentum ovarii dextri ist einen halben Zoll lang. Der Uterus ist sechs Zoll, der Cervix anderthalb Zoll lang, seine grösste Breite am Fundus beträgt $4^1/_2$ Zoll. Der Muttermund zeigt frische Einrisse, die diphtheritisch infiltrirt sind. Die Placentar-

stelle befindet sich an der hinteren Wand, ihre Wülste sind in weitem Umfange stark diphtheritisch infiltrirt. Die übrige Uterinschleimhaut ist stark geröthet, zeigt auch diphtheritischen Belag, der auf den Cervix sich erstreckt und auch auf den äusseren Muttermund übergreift. Die Muskulatur ist weich und schmutzig gefärbt, namentlich in den subserösen Schichten, sie ist matt und nicht durchscheinend. Die Venen des Uterus sind überall weit, mit dünnflüssigem Blute gefüllt. Die Schleimhaut der Vagina ist livid bläulich gefärbt und von glatter Beschaffenheit. Am Scheideneingang finden sich mehrfache frische Einrisse in Geschwüre verwandelt, von denen einige einen leichten diphtheritischen Anflug zeigen.

Der zweite Fall von Ovarialtumor betraf eine Drittgebärende, A. G. aus Lauenstein. Sie giebt anamnestisch an, dass ihre Mutter drei Mal leicht geboren hat. Sie selbst war als Kind stets gesund, bekam ihre erste Regel mit ihrem 17. Jahre. Anfangs war dieselbe unregelmässig, später regelmässig alle vier Wochen, sie dauerte drei, vier, sieben Tage lang, war stets sehr stark und mit gleichzeitigem Nasenbluten, sowie Kreuz- und Leibschmerzen verbunden. 1862 gebar sie ein lebendes Mädchen, ohne Kunsthülfe nach einstündiger Geburtsdauer. Die Regel trat wieder ein neun Monate nach der Geburt, nach Absetzen des von ihr genährten Kindes. 1864 gebar sie ein todtes Mädchen ebenfalls ohne Kunsthülfe. Die Wiederkehr der Regel nach dieser Geburt ist unbekannt. Ihre letzte Regel hatte sie den 12. bis 13. April. Im Juni stellte sich Schwindel und Nasenbluten ein, weswegen ihr von einem Arzte

Fussbäder verordnet wurden. Danach hatte sie fünf Wochen lang einen geringen Blutabgang. Die ersten Kindsbewegungen will sie Mitte August gemerkt haben. Abgesehen von dem erwähnten Schwindel, Nasenbluten und Fluor albus will sie während der Schwangerschaft gesund gewesen sein.

Die Schwangere ist ziemlich kräftig, gut genährt, ihr Leibesumfang beträgt 102 Ctm., der Beckenumfang 87 Ctm., der Abstand der Spinae ilium 25,5 Ctm., der Cristae il. 28,0, der Trochanteren 31,0; die Conjugata externa 20,2; die Obliqua dextra 22,2; die Obliqua sinistra 22,5. Kleine Theile sind rechts zu fühlen. Herztöne hört man links, in der Höhe des Nabels, 120 in der Minute. Der Kopf ist durch das vordere Scheidengewölbe durchzufühlen. Der Muttermund in vordere und hintere lange Lippen geformt, nicht erodirt. Hinter der Portio vaginalis fühlt man durch das hintere Scheidengewölbe eine prallgespannte, elastische, etwa apfelgrosse Geschwulst.

10. December 1868 waren bei der Vorstellung der Schwangeren in der Klinik kleine Theile im rechten Hypochondrium und ebenso an verschiedenen anderen Stellen zu fühlen. Die Portio vaginalis war an die Schamfuge gedrängt; vorn war der Kopf durchzufühlen und hinten die erwähnte gespannte Geschwulst.. In derselben wurde ein hartes Körperchen (Zahn) gefühlt und die Diagnose auf Dermoidcyste des Ovarium gestellt.

15. December. Der Muttermund ist bereits durchgängig. Der vorliegende Kopf ist noch beweglich. Der Tumor ist vom Rectum aus etwas nach rechts zu fühlen.

17. December. Gestern Abend 6 Uhr begannen die Wehen, heut Morgen kommt die Kreissende auf das Gebärbett. Bei der Untersuchung um 11¼ Uhr Vormittags sind kleine Theile rechts, ein grosser Theil oben links zu fühlen. Der Muttermund ist für etwa drei Finger durchgängig. Der Cervicalkanal ist circa 2,5 Ctm. lang. Die Blase steht noch und wölbt sich während der Wehen aus dem Muttermund ziemlich weit hervor. Hinter derselben fühlt man den Kopf, dessen Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser verläuft, er steht noch sehr hoch. Der postuterine Tumor ist noch zu fühlen und auf Druck etwas schmerzhaft.

Mittags 2¾ Uhr ist das Wasser abgeflossen. Der Muttermund ist bis zur Grösse eines Zweithalerstücks erweitert. Die vordere Lippe ragt noch ziemlich tief herab. Der Kopf steht noch im Beckeneingang. Die kleine Fontanelle ist rechts sehr tief zu fühlen. Die Pfeilnaht verläuft im linken, schrägen Durchmesser, die grosse Fontanelle ist hinten links zu fühlen. Die Geschwulst erscheint durch den Kopf platt gedrückt, prall und elastisch. Ein Versuch, dieselbe ins grosse Becken hinaufzuschieben, ist von heftigen Schmerzen begleitet und gelingt nicht.

Abends 6¾ Uhr. Der Kopf ist etwas tiefer getreten und steht jetzt völlig quer. Die kleine Fontanelle steht nach rechts, die grosse nach links. Die vordere Lippe ist stark angeschwollen und ragt zur Schamspalte heraus. Die Kopfknochen fühlen sich ziemlich weich an. Das hinten liegende Scheitelbein ist durch die Geschwulst, welche selbst etwas abgeplattet ist, stark eingedrückt, so dass sein Rand ganz unter den

des vorn liegenden getreten ist. Die vordere Muttermundslippe ist blau-schwarz gefärbt. Der Puls beträgt 76, die Temp. 38,5.

Die Wehen sind wirkliche Druckwehen, doch vermag die Kreissende nicht genügend mit zu pressen, daher wird um 8½ Uhr die Zange angelegt. Nach einigen Tractionen, welche eine ziemlich bedeutende Kraft erforderten, gelingt es, den Kopf an der Geschwulst vorbei zu führen. Nachdem dieser geboren war, hatte die weitere Entwicklung des übrigen Kindes keine erheblichen Schwierigkeiten. Es ist ein lebender Knabe; sein Gewicht beträgt 2350 Grmm., seine Länge 46 und 31 Cm. Die Entfernung der Trochanteren 8,5; die Schulterbreite 11,5, der vordere quere Durchmesser 6,7, der hintere quere 8,6, der gerade 10,3, der lange schräge 12,2, der kleine schräge 9,5, der Umfang 32 Cm. Das rechte Seitenbein ist abgeplattet, das linke stark gewölbt. Die Nabelschnur wurde doppelt unterbunden, da sich die früher gehegte Vermuthung auf Gemelli bestätigte. Man fühlt im Fundus uteri einen grossen, harten Theil, der der Kopf zu sein scheint. Der Leibesumfang beträgt jetzt noch oberhalb des Nabels 94 Cm., in der Höhe des Nabels 95 und unterhalb desselben 93 Cm. Innerlich stellt sich die zweite Blase, dahinter ein beweglicher, grosser Theil. Eine Wehenpause von 10 Minuten ist eingetreten.

Um 8¾ Uhr wird die prall gespannte Blase gesprengt, es entleert sich eine grosse Menge Fruchtwasser. Man fühlt nun den vorliegenden Steiss, an demselben links den Anus, rechts von ihm die Schamlippen. Gegen 9¼ Uhr kommt der Steiss zum Ein-

schneiden und schneidet um 9 Uhr 25 Min. durch, nachdem eine grosse Dosis Secale cornutum (½ Esslöffel voll) gegeben war. Die Lösung der Arme gelingt ohne Mühe; doch musste der Kopf, welcher mit der Pfeilnaht im geraden Durchmesser stand, vorher quer gestellt werden, so dass das Gesicht nach links sah, ehe es gelang, den Kopf durch äussern Druck durch den Beckeneingang zu führen. Das zuerst asphyctische Kind kam bald zu lebhaftem Schreien.

Das zweite Kind, ein Mädchen, wiegt 2720 Grm., seine Länge beträgt 45 und 33 Cm. der Abstand der Trochantern 8,7, der Schultern 11,2, der vordere quere Kopfdurchmesser 7,4, der hintere quere 8,8, der gerade 10,3, der lange schräge 11,7, der kleine schräge 10,0, der Umfang 33,5.

Die Nachgeburt folgte um 9 Uhr 40 Minuten leicht auf äussern Druck. Man fühlte nun bei der Untersuchung hinter dem Uterus den länglichen Tumor, der sich nach oben verschieben liess.

Die Placenta besteht aus zwei, innig mit einander verwachsenen Chorien und Amnien, ihr Gewicht beträgt 990 Grm. Die Placenta misst längs ihrer Vereinigungslinie 17 Cm., in senkrechter Richtung darauf 20 Cm., wovon je 10 auf eine Placenta kommen. Die erste Nabelschnur misst 58 Cm. und inserirt 3 Cm. von der Vereinigungslinie, 3 Cm. vom obern Rande, 10 Cm. vom untern entfernt. Die zweite Nabelschnur ist 40 Cm. lang und inserirt 6 Cm. von der Vereinigungslinie, 7 Cm. vom obern, 9 Cm. vom untern Rande.

19. December. Die Wöchnerin bekam Abends 11 Uhr einen leichten Frostanfall, der bald vorüberging.

In den folgenden Tagen befand sich die Wöchnerin gut, so dass sie am 7. Januar 1869 aus der Anstalt entlassen und der ambulanten Klinik überwiesen wurde.

Am 11. Januar erkrankte sie mit heftigen Schmerzen im Unterleibe, zu denen sich Durchfälle hinzugesellten, die allmälig sehr profus wurden. Deshalb kam Patientin am 19. Januar auf die gynäcologische Abtheilung der Charité. Die Patientin ist sehr schwach und blass, ein Collapsus steht zu befürchten. Das Abdomen im untern Theil ist auf Druck äusserst empfindlich. Linkerseits lässt sich ein pleuritisches Exsudat nachweisen. Der Wochenfluss ist übelriechend. Am Introitus vaginae existiren mehrere Geschwüre. Im Laufe des Tages trat starkes Erbrechen ein. Der Puls betrug 136. Temp. 39,5.

20. Januar. Erbrechen ist nicht wieder eingetreten, dagegen dauern die profusen Diarrhöen fort. Patientin liegt mit halbgeschlossenen Augen da und reagirt wenig. In der Nacht sind Delirien eingetreten. Der Puls ist sehr frequent (158), klein und leicht comprimirbar. Der Collapsus ging schnell vorwärts und unter Erbrechen und Diarrhöe trat Exitus lethalis ein.

Die Obduction am 22. Januar ergab Folgendes.

Es ist ein kleines, schwächliches und zierlich gebautes Individuum, mit dünner, mässig fettreicher Haut. In der Haut des Abdomen sieht man eine ziemliche Menge von offenbar frischen, nicht pigmentirten Narben. Die Mammae sind beiderseits klein und von wenig straffem, kaum als körnig durchfühlbarem Gewebe.

Nach Eröffnung des Abdomen zeigt sich zunächst in ziemlich weiter Ausdehnung besonders nach rechts vorliegend das Netz. Es ist mit einer eitrig-fibrinösen Masse infiltrirt, mit derselben Masse sind die Därme in ziemlich dicker Lage bedeckt und lose verklebt. In den Seitentheilen des Abdomen findet sich eine ziemlich beträchtliche Quantität eines grünlich-gelben, mit faserstoffhaltigen Flocken gemischten, nicht fadenziehenden Exsudats. Die Pleurahöhlen sind beiderseits frei. Die linke Lunge ist zum Theil collabirt, zum Theil durch Adhäsionen in ihren hintern Partien contrahirt, so dass das Herz mit dem Herzbeutel weit vorliegt. In letzterem befindet sich ungefähr eine Unze einer klaren, dünnflüssigen, strohgelben Flüssigkeit. Das Herz ist mässig contrahirt, in allen seinen Höhlen finden sich reichliche Blutcoagula mit mässig voluminösen Faserstoff-Ausscheidungen. Das Herzfleisch ist von dunkelbrauner Färbung und fester Consistenz. Die Klappen sind in geringem Grade blutig imbibirt, sonst normal. Die Aorta hat eine dem übrigen Körper proportionale Weite. Die linke Lunge ist in ihren hintern Partien des untern Lappens mit einer dünnen pseudomembranösen Lage bedeckt; der obere Lappen ist reichlich lufthaltig, der untere, in geringerem Grade, enthält aber viel Blut. Die rechte Lunge zeigt auf der oberen Fläche des unteren Lappens in weiter Ausdehnung einen dünnen pseudo-membranösen Belag. Die viscerale Pleura ist sammetartig anzusehen und an einzelnen Stellen stark injicirt. Das Parenchym der rechten Lunge ist überall lufthaltig, in den obersten Schichten etwas eingezogen. Ihr Längsdurch-

messer beträgt 7 Zoll, ihre grösste Breite $4\frac{1}{2}$ Zoll und ihre grösste Dicke $1\frac{1}{2}$ Zoll.

Die Milz ist zu einem ziemlich grossen Tumor geschwellt und auf ihrer Oberfläche mit einem fast continuirlichen fibrinös-eitrigen Belage bedeckt. Unter diesem Belage ist die Kapsel in ausgedehnter Weise leicht verdickt und stark gerunzelt. Das Parenchym ist weich und leicht eindrückbar, von fast vollkommen homogener, heller Chocoladen-Farbe. Die Pulpa ist etwas anämisch, von den Follikeln ist nichts zu sehen.

Beide Nieren sind mit demselben fibrinös-eitrigen Belag bedeckt, wie die Milz. Die Kapsel ist ebenso, wie das retroperitoneale Gewebe in seiner ganzen Ausdehnung ödematös, zum Theil im Zustande einer exquisit sulzigen Infiltration. Die Tunica fibrosa ist zart und leicht ablösbar. Auf der glatten Oberfläche finden sich sparsame kleine Cysten. Auf der Schnittfläche erscheint die Mark- und Rindensubstanz ausgesprochen anämisch, die geraden Harnkanälchen sind leicht getrübt, im Uebrigen ist das Gewebe relativ intact. Im Nierenbecken linkerseits zeigt sich eine ziemlich ausgedehnte Hämorrhagie und eine leichte Verdickung und Trübung, es enthält eine geringe Menge trüben, dicken Urins.

Der Magen enthält eine mässige Quantität einer schleimigen, mit Speiseresten gemischten, schmutzig grünlichen Flüssigkeit.

Die Leber ist ziemlich voluminös, der Peritoneal-Ueberzug mit einer mässig dicken Lage einer fibrinös-eitrigen Masse bedeckt. Das Parenchym ist von weicher, leicht eindrückbarer Consistenz, im Allgemeinen

von blass-röthlicher Färbung. Die Acini sind von mittlerer Grösse und fettreich. Die Gallenblase ist vergrössert, prall gespannt, ihre sämmtlichen Häute sind sehr stark verdickt. Ihr Inhalt besteht in galligen schleimigen Massen, mit mehreren Gallensteinen gemengt. Der Ductus choledochus ist verstopft.

Der Darm ist in sämmtlichen Theilen und mit den umgebenden Organen durch fibrinös-eitrige Massen verklebt. Seine Serosa ist stark injicirt; die Schleimhaut bietet keine Abnormität.

Aus der Beckenhöhle ragt in die Bauchhöhle, quer vor dem ersten Kreuz- und letzten Lendenwirbel gelegen, ein unregelmässig, höckeriger, überwiegend oval geformter Körper von der Grösse etwa eines Kindskopfes hinein. Seine Oberfläche ist durch fibrinös-eitrige Exsudatmassen an das Colon, den Processus vermiformis und an die in starken Windungen verlaufende Flexura sigmoidea angelöthet. Nach der Ablösung von diesen Theilen, die ohne jeden Substanzverlust gelingt, fühlt man zunächst, dass der Körper eine fluctuirende Masse, zugleich mit einem voluminösen, ziemlich festen, beweglichen Körper und ausserdem unmittelbar an der Wand dem Gefühl nach knochenharte Theile enthält. Hebt man ihn von der Beckenwand ab, so sieht man die Excavatio recto-uterina ebenso wie die Gegend unmittelbar hinter der Symphyse ausgefüllt durch ein sehr massenhaftes, mit fibrinös-eitrigen Flocken gemischtes Exsudat.

Der Uterus ragt in das grosse Becken hinauf. Von seinem rechten Ovarium geht ein 3 Zoll langer, mit der Tuba ziemlich parallel verlaufender, einmal um

seine Axe vollständig gedrehter Stiel zu dem beschriebenen grossen Tumor. Das linke Ovarium, eingebettet in fibrinös-eitrige Massen, ist angelöthet an die linke Beckenwand und trägt an der Peripherie eine apfelgrosse fluctuirende Geschwulst, welche sich als eine Cyste erweist, die an ihrer Seitenwand eine haselnussgrosse secundäre Cyste trägt und erfüllt ist mit zum Theil weichern, zum Theil derbern stearinartigen Fettmassen. In diesen Massen findet sich eine Anzahl von Haaren verschiedener Länge. Das linke Ovarium mit der Tube ist stark angeschwollen und entleeren, besonders das erstere, auf Druck aus einer Reihe von Punkten Eiter.

Der Tumor der rechten Seite, der wie oben erwähnt, durch einen 3 Zoll langen gedrehten Stiel mit dem Ovarium zusammenhängt, und an dessen hinterer Peripherie die beträchtlich verlängerte Tube hinzieht und mit ihr verwachsen ist, zeigt nach Entfernung des fibrinös-eitrigen Belags eine glatte Oberfläche. Beim Einschneiden zeigt sich derselbe als bestehend aus einer ziemlich dicken, fleischig erscheinenden Wandung und einem Inhalt, der zum grössten Theil flüssig ist und als eine weissgelbe Masse entleert wird. Darin befindlich und nirgends der Wand adhärirend ist ein compacter Klumpen von der Grösse und Gestalt einer kleinen Gurke. Dieser erscheint als ein consistenter, sehr fester, etwa schlechter Butter ähnlicher Körper, der an seiner Oberfläche, sowie eingefilzt in seine Masse, eine Anzahl von langen dicken Haaren enthält. Die Wand der Cyste ist belegt mit einer dünnen Lage eitriger Massen, an einer Stelle zeigt sich eine leicht erhabene Insel von der Grösse eines Zweithalerstückes.

Diese Insel besteht aus einer festern, bröcklichen Masse, die in ihrem Mittelpunkte eine von einer warzigen Substanz bedeckte, auf dem Durchschnitt eine Höhlung zeigende, stumpf kegelförmige Knochenmasse trägt. Weiterhin finden sich an mehren Stellen knockenharte Einbiegungen in der Wand und an einer Stelle ein Zahn mit Emaille und einer ausgebildeten Krone, ähnlich einem Hundezahn.

Das Ovarium und die Tube auch dieser Seite befinden sich im Zustande der Schwellung, im ersteren beginnt bereits eine eitrige Schmelzung.

Der Uterus ist gross, sein Parenchym weich, von intensiv weisser Färbung. Die Gefässe des Uterus sind sehr weit, mit relativ dünnen Wandungen. Die Schleimhaut ist im Zustande der fettigen Degeneration mit sehr schön ausgeprägter, netzförmig erscheinender Zeichnung auf der Oberfläche. Die Schleimhaut des Cervix ist überall aufgelockert, am Orificium externum findet sich eine ziemliche Anzahl in der Heilung begriffener, tiefer Einrisse. Die Vagina erscheint geschwellt und saftreich. Im Perineum finden sich leichte Einrisse, das Rectum ist intact.

Wir kommen nun zu dem dritten Falle von Beckentumoren, der bei einer Webersfrau, einer Erstgebärenden, im Mai dieses Jahres in der hiesigen Poliklinik zur Beobachtung kam. Frau W., 38 Jahre alt, will als Kind stets vollkommen gesund gewesen sein. Anfang August 1868 hatte sie zum letzten Mal ihre Regel, und in der zweiten Hälfte des December zum ersten Mal Kindesbewegungen gespürt. Während der Schwangerschaft war sie stets gesund, hat nie an

Stuhlverstopfung gelitten; im Gegentheil hat sie am Ende der Schwangerschaft ohne Einfluss von Medicamenten mehrfach Diarrhöen gehabt.

Am 7. Mai dieses Jahres, Morgens um 1 Uhr, bekam sie zuerst kräftigere Wehen, nachdem sie schon am Tage vorher wiederholt Ziehen im Kreuz gehabt hatte. Die herbeigerufene Hebamme fühlte eine Geschwulst durch die hintere Wand der Scheide durch und schickte deshalb um 11 Uhr in die hiesige geburtshülfliche Klinik, um sich Hülfe auszubitten. Ich wurde damals als poliklinischer Practikant hingeschickt. Gegen 1 Uhr kam ich dorthin und fand Folgendes vor: Bei der äusseren Untersuchung war ein grosser Theil in der rechten Seite der Mutter zu fühlen, kleinere Theile links von diesem und oben. Ebenso waren rechts die Herztöne deutlich zu hören, deren 135 in der Minute gezählt wurden. Das Fruchtwasser war bereits abgeflossen; indessen konnte ich nicht genau erfahren, wann dies geschehen sei, da es schon vor dem Hinzukommen der Hebamme abgeflossen war und die Kreissende selbst, so wie ihre Umgebung, der Sache unkundig war, und deshalb nicht darauf geachtet hatte. Bei der inneren Exploratien ergab sich, dass der Muttermund bereits vollständig erweitert war. Der Kopf lag vor und stand im Beckeneingange fest. Die kleine Fontanelle war vorne und rechts hinter dem Schambogen, die grössere mit einiger Mühe hinten und links zu fühlen. Die Sagittalnaht verlief im linken schrägen Durchmesser; es war demnach eine 2te Schädellage. Der bereits oben erwähnte Tumor war durch die hintere Wand der Vagina zu fühlen. Ich

untersuchte nun vom Rectum aus und fand, dass derselbe von hier aus ebenfalls und zwar viel deutlicher zu fühlen war, ebenfalls durch die hintere Wand des Rectum durch nach der Kreuzbeinaushöhlung hin. Der Tumor war etwa von der Grösse eines Gänseeies, elastisch und prall gespannt. Der herabdrängende Kopf stand unmittelbar auf der Geschwulst auf, die er bei jeder Wehe abwärts zu drängen sich bemühte. Dies liess sich durch den ins Rectum eingeführten Finger deutlich nachweisen, indem dessen Spitze zwischen Kopf und Geschwulst bei jeder Wehe comprimirt wurde. Im Anfang soll die Kreissende starke, kräftige Wehen gehabt haben, dieselben liessen jedoch allmählich nach. Dabei wurde sie mit der Zeit mehr und mehr erschöpft und war nicht mehr im Stande, kräftig mitzupressen. Ich machte daher noch einen Versuch, durch eine ziemlich grosse Dosis von Secale cornutum den Uterus wieder zu stärkeren Contractionen zu bringen, und dadurch den Kopf über die Geschwulst herüber zu treiben.

Dieser Versuch blieb indessen ohne jeden Erfolg und so schickte ich wieder in die Anstalt, um den Secundär-Arzt, Herrn Fasbender, zu Hülfe zu bitten. Bis dieser um 4 Uhr Nachmittags in der Wohnung der Kreissenden ankam, waren weitere Veränderungen nicht eingetreten.

Derselbe überzeugte sich nun von der Grösse des Tumors und der Lage des Kindes etc., welches er so fand, wie es bereits oben mitgetheilt ist.

Zunächst wurde eine genauere Beckenmessung vorgenommen, die zu folgenden Resultaten führte. Der

Abstand der Spinae ant. sup. ossis ilei betrug 25,0 Cm., der der Cristae 28, der der Trochanteren 31,0, die beiden schrägen Durchmesser waren gleich und betrugen 22,8, die Conjugata externa betrug 20,5 Cm. Die Diagonale conjugata war nicht mehr zu messen. Mithin war das Becken scheinbar normal gebaut, ja die Conjugata externa erschien sogar um 0,5 Cm. über die Norm verlängert. Diese Vergrösserung des geraden Beckendurchmessers wurde nun durch den Tumor in der hintern Wand des Beckens nicht allein aufgehoben, sondern man hatte es dadurch sogar mit einer Verkürzung des geraden Durchmessers zu thun. Es muss hier noch erwähnt werden, dass die Kopfknochen des Kindes sehr stark entwickelt, die Nähte sehr schmal waren, so dass eine Uebereinanderschiebung derselben nur in geringem Maasse Statt haben konnte. Es blieb daher nichts anderes übrig, als die Geburt bei der erschöpften Kreissenden auf operativem Wege zu beenden. In der Chloroform-Narkose legte Herr Dr. Fasbender die Zange an. Das Einschieben der beiden Zangenblätter bot keine Schwierigkeiten dar und ebenso gelang das Schliessen derselben leicht. Die Extraction dagegen war sehr schwierig und erforderte eine bedeutende Kraftanstrengung. Dennoch gelang dieselbe nach wiederholten kräftigen, stationären Tractionen; der Kopf wurde an der Geschwulst vorbei geführt und geboren. Die Entwicklung des übrigen Kindes war nicht mehr mit besondern Schwierigkeiten verbunden. Die Geburt eines lebenden Mädchens erfolgte 4½ Uhr Nachmittags. Eine viertel Stunde später wurde die Nachgeburt durch leichten äussern Druck entfernt.

An derselben war nichts Abnormes zu constatiren. Das Kind selbst war von gewöhnlicher Länge, sein Kopf war stark entwickelt, auch war nach den Nähten und den Fontanellen hin, wie dies bereits während der Geburt constatirt war, die Verknöcherung ungewöhnlich weit vorgeschritten.

In den folgenden Tagen klagte die Wöchnerin über einen geringen Schmerz in der Gegend der Geschwulst, der jedoch nie besonders heftig wurde. Ausserdem war durch die Schwellung der weichen Geburtswege ein Unvermögen, den Urin zu lassen, eingetreten, das die Application des Katheters erforderte. Beide Beschwerden hatten nach 8 Tagen nachgelassen, Wöchnerin und Kind befanden sich gut, so dass ich die Wochenbesuche einstellen konnte und der Wöchnerin anempfahl, sich in circa 14 Tagen in der ambulanten Klinik vorzustellen, damit die Geschwulst dort genauer untersucht und zugleich festgestellt werden könne, ob ein operativer Eingriff möglich sei. Nach etwa 14 Tagen erschien indessen Frau W. nicht in der Klinik; ich ging also wieder hin und erfuhr dort, dass sie in Folge allzu mangelhafter Nahrung sich so schwach und erschöpft fühle, dass sie schon seit einigen Tagen das Bett nicht mehr zu verlassen im Stande sei. Ueber Schmerzen irgend welcher Art hatte sie nicht zu klagen. Nachdem in den folgenden Tagen dem Nahrungsmangel abgeholfen war, erholte sich Patientin schnell wieder und erschien am 12. Juni in der Klinik. Vom Herrn Geheimrath Martin wurde festgestellt, dass der öfters erwähnte Tumor hinter dem Rectum in der Excavatio ossis sacri liege. Die Geschwulst läuft nach oben und

unten in je einen Zipfel aus, ihre Länge beträgt 9 Cm., ihre Breite 4 Cm. Ueber die Natur dieses Tumors wurde eine bestimmte Diagnose noch nicht gestellt.

Am 20. Juli kam Frau W. abermals in die Klinik und es wurde nun wegen der tiefen Lage des Tumors im Douglas'schen Raum die Diagnose mit höchster Wahrscheinlichkeit auf eine Cyste gestellt, die von dem Bindegewebe des Kreuzbeins ausgeht. Ueber die Entstehungsweise derselben kann Nichts in Erfahrung gebracht werden, zumal die Patientin vor der Geburt überhaupt nicht wusste, dass sie eine Geschwulst in der Gegend des Rectum hatte.

THESEN.

1. Bei der Amputation des Unterschenkels ist ein vorderer Hautlappen nebst Periostbedeckung des Knochens dem Lappen aus den hinteren Weichtheilen vorzuziehen.
2. Die Punction des Thorax bei Pleuritis ist nur bei Lebensgefahr indicirt.
3. Das einseitig verengte Becken indicirt nicht unbedingt die Einleitung der Frühgeburt.

Der Verfasser, geboren am 15. September 1846 in Diersfordt, Kreis Rees, in der Rheinprovinz, evang. Confession, besuchte das Gymnasium in Gütersloh. Von dort wurde er im Herbst des Jahres 1865 mit dem Zeugniss der Reife entlassen. Er besuchte darauf die Universität Breslau, Göttingen, Bonn, woselbst er das Tentamen physicum bestand, und Berlin. Seine Lehrer waren in Breslau: Cohn, Grosser, Grube, Marbach, Barkow, Löwig, Heidenhain; in Göttingen: Henle, Meissner, Wicke; in Bonn: M. Schulze, de la Valette, Pflüger, Busch, Rühle, Obernier, Rindfleisch, Binz; in Berlin: v. Langenbeck, Martin, Frerichs, J. Meyer, Virchow. Allen diesen Herren erlaubt er sich seinen aufrichtigen Dank auszusprechen.